

Sus Medicamentos <i>Escriba el nombre de cada medicamento y la potencia de su dosis (usualmente en mg o mcg)</i>	Nombre de Plan A:					Nombre de Plan B:					Nombre de Plan C:				
	Cubierto? <i>Círcule uno</i>	Límites <i>Círcule uno</i>	Tipo de límite* <i>Círcule los que apliquen</i>	Extras <i>Círcule uno</i>	Costo mensual corespondiente	Cubierto? <i>Círcule uno</i>	Límites <i>Círcule uno</i>	Tipo de límite* <i>Círcule los que apliquen</i>	Extras <i>Círcule uno</i>	Costo mensual corespondiente	Cubierto? <i>Círcule uno</i>	Límites <i>Círcule uno</i>	Tipo de límite* <i>Círcule los que apliquen</i>	Extras <i>Círcule uno</i>	Costo mensual corespondiente
1.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
2.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
3.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
4.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
5.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
6.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
7.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
8.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
9.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
Prima del plan	\$	---	---	---	---	\$	---	---	---	---	\$	---	---	---	---
Plan deducible	\$	---	---	---	---	\$	---	---	---	---	\$	---	---	---	---
Estimado costo anual del plan (prima+deducible+su costo corespondiente)	\$	---	---	---	---	\$	---	---	---	---	\$	---	---	---	---

Sus Medicamentos <i>Escriba el nombre de cada medicamento y la potencia de su dosis (usualmente en mg o mcg)</i>	Nombre de Plan D:					Nombre de Plan E:					Nombre de Plan F:				
	Cubierto? <i>Círcule uno</i>	Límites <i>Círcule uno</i>	Tipo de límite* <i>Círcule los que apliquen</i>	Extras <i>Círcule uno</i>	Costo mensual corespondiente	Cubierto? <i>Círcule uno</i>	Límites <i>Círcule uno</i>	Tipo de límite* <i>Círcule los que apliquen</i>	Extras <i>Círcule uno</i>	Costo mensual corespondiente	Cubierto? <i>Círcule uno</i>	Límites <i>Círcule uno</i>	Tipo de límite* <i>Círcule los que apliquen</i>	Extras <i>Círcule uno</i>	Costo mensual corespondiente
1.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
2.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
3.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
4.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
5.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
6.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
7.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
8.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
9.	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$	Si/No	Si/No	PA QL ST	Si/No	\$
Prima del plan	\$	---	---	---	---	\$	---	---	---	---	\$	---	---	---	---
Plan deducible	\$	---	---	---	---	\$	---	---	---	---	\$	---	---	---	---
Estimado costo anual del plan (prima+deducible+su costo corespondiente)	\$	---	---	---	---	\$	---	---	---	---	\$	---	---	---	---

Farmacias participantes	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E	Plan F
1. Su farmacia preferida	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
2	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
3	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
4	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No

* Tipo de limite
PA - (Prior Authorization) plan tiene que dar permiso a su médico
QL - (Quantity Limit) la cantidad o potencia de su dosis
ST - (Step Therapy) el primer medicamento debe de fallar